

A GOVERNAÇÃO DOS PACIENTES ADEQUADOS NO ACESSO À PROcriação MEDICAMENTE ASSISTIDA EM PORTUGAL

Susana Silva e Helena Machado

Introdução

Neste texto pretende-se problematizar os critérios que delimitam a possibilidade de uma mulher e/ou de um homem recorrerem a tecnologias de procriação medicamente assistida (PMA) em Portugal, e reflectir sobre a possibilidade de estes limites potenciarem a (re)produção de múltiplas desigualdades no acesso a cuidados médicos no âmbito da medicina reprodutiva.¹ Tal discussão tem como base empírica a análise da governação jurídico-política e médica dos pacientes *adequados*. Estas tecnologias têm sido promovidas como uma resposta terapêutica que visa controlar a essência biológica ou ultrapassar eventuais obstáculos à concepção originados por determinadas entidades passíveis de serem medicamente diagnosticadas — a infertilidade, determinadas doenças consideradas graves ou o risco de transmissão de doenças de origem genética, infecciosa ou outras (art. 4.º da Lei n.º 32/2006). Esta opção é referenciada a um enquadramento político-jurídico e médico que perspectiva a infertilidade como uma doença e que promove uma ideologia da maternidade como o desejo e objectivo de todas as mulheres, com excepção das que não têm uma relação estável com um homem (Augusto, 2009).

A garantia do apoio político, económico e jurídico-legal ao progresso científico e tecnológico assenta na promoção simbólica da eficácia da tecnomedicina, termo associado ao conceito de tecnociência (Latour, 1987) e cuja aplicação pretende dar conta da profunda inter-relação entre a ciência e a tecnologia, reflectindo o facto de os conhecimentos e as práticas médicas serem hoje mediados por tecnologias que se inserem cada vez mais profundamente nas estruturas corporais. A eficácia da tecnomedicina tende a ser ponderada em função da respectiva lealdade para com os objectivos e valores sociais (Infante, 1993: 101 ss.; Garcia, 2006; Machado e Silva, 2008; Silva e Machado, 2009), neste caso norteados pela ponderação dos interesses das crianças que têm o direito de nascer e crescer *saudáveis* (Silva e Veloso, 2009).

1 Este texto baseia-se na dissertação de doutoramento da primeira autora, intitulada “Médicos, juristas e ‘leigos’: um estudo das representações sociais sobre a reprodução medicamente assistida”, defendida publicamente em Julho de 2008 na Faculdade de Letras da Universidade do Porto, e desenvolvida ao abrigo de uma bolsa de doutoramento financiada pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia, Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, SFRH/BD/10396/2002 (2004-2008). Esta investigação foi galardeada com uma menção honrosa na 6.ª edição do Prémio CES para jovens cientistas sociais de língua oficial portuguesa (2009). Uma primeira versão deste texto foi apresentada como comunicação no X Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais, “Sociedades Desiguais e Paradigmas em Confronto”, Universidade do Minho, Braga, Portugal, 4 a 7 de Fevereiro de 2009.

Num contexto sociopolítico em que cada vez mais se enfatizam as preocupações com a quebra do número de nascimentos na sociedade portuguesa (Oliveira, 2007; 2008), o governo português parece depositar na PMA a expectativa de poder atenuar esta tendência. As palavras proferidas no dia 29 de Novembro de 2007 aquando do anúncio público da aprovação pelo Conselho de Ministros do Decreto Regulamentar que regula a utilização de tecnologias de PMA em Portugal ilustram as esperanças que recaem sobre as mesmas: “realizar 6250 ciclos de tratamento, dos quais poderão resultar mais 1400 gravidezes e, previsivelmente, mais 1750 recém-nascidos” (Conselho de Ministros, 2007).

Em finais de 2007 o governo português anunciou ainda a intenção de expandir o acesso à PMA através de um aumento do respectivo financiamento público, aprovado no Orçamento de Estado para 2008. Os encargos financeiros a serem suportados pelo Estado a partir do ano de 2008, inclusive, deveriam contemplar até três ciclos de inseminações intra-uterinas e um tratamento de fertilização *in vitro* ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides, quer nos hospitais públicos, quer nos centros privados convencionados (Campos, 2008: 194-196), mas tais apoios só foram parcialmente concretizados a partir de meados de 2009. A comparticipação do Estado nos medicamentos adquiridos em farmácia pelos casais que se encontravam em processos de PMA era de 37% até finais de Maio de 2009, uma vez que, de acordo com as declarações do ministro da Saúde Correia de Campos ao *Jornal de Notícias* em Novembro de 2007, estes “são medicamentos importantes, mas não de salvação de vida [...], nem essenciais para um tratamento agudo” (Carneiro e Domingues, 2007). Este regime de comparticipação dos medicamentos foi recentemente alterado, tendo sido criado um regime especial que comparticipa em 69% de alguns dos medicamentos usados no âmbito dos tratamentos de infertilidade, com efeitos a partir de 1 de Junho de 2009, com o objectivo de tornar “o acesso aos mesmos menos dependente do estatuto sócio-económico dos casais” (Despacho n.º 10910/2009).

Estas medidas estão associadas ao reforço de um modelo público de contrato na saúde e de um programa político de privatização deste sistema (Garcia, 2006; Nunes, 2006), o que pode contribuir para escamotear as incapacidades do próprio sistema público de saúde em dar resposta às necessidades no âmbito da PMA. Este é um dos casos que melhor ilustram a limitação da universalidade e parcial gratuidade do sistema de saúde português, nomeadamente pela relativa escassez de financiamentos públicos e ausência de cobertura pelos seguros de saúde privados, pela descontinuidade da oferta de recursos e pela tendencial privatização destes cuidados de saúde. A selectividade das respostas do Estado às solicitações no domínio da PMA desvenda as suas próprias prioridades no que concerne, entre outros, às políticas de promoção e/ou restrição da população e à racionalização dos gastos com a saúde (Stanworth, 1987). Daqui podem emergir novos riscos sociais, centrados na vivência de múltiplas formas de desigualdade social, como o risco de não cumprimento dos direitos sexuais e reprodutivos, ao não ser garantido um acesso mais barato e universal a todas as tecnologias de PMA (Carapinheiro, 2006). A própria tradução jurídica formal da garantia de protecção dos direitos dos cidadãos-beneficiários destas tecnologias é omissa quanto à questão da equidade e visa

sobretudo definir, monitorizar e gerir as responsabilidades eventualmente associadas a estas tecnologias por intermédio da consagração de quatro direitos fundamentais, a saber: (i) o direito à eficácia e eficiência; (ii) o direito à segurança; (iii) o direito à informação; e (iv) o direito a consentir ou recusar submeter-se a determinados procedimentos (art. 5.º, art. 12.º, art. 14.º e art. 30.º da Lei n.º 32/2006).

Ao longo deste texto procura-se mostrar como os principais argumentos usados para justificar as restrições no acesso às tecnologias de PMA por parte de juristas e médicos estão associados a uma construção hierárquica das prioridades políticas e sociais que reflecte as mundividências ideológicas dominantes, nomeadamente nos seguintes aspectos: privatização e individualização da saúde reprodutiva; imposição cultural da heterossexualidade; e celebração da eficácia da tecnomedicina. Num primeiro momento, mostra-se como a exigência de um diagnóstico médico para poder aceder às tecnologias de PMA em Portugal é apropriada pelas instituições políticas e sociais dominantes com o objectivo de classificar e disciplinar os corpos generizados (Ussher, 1997; Ploeg, 2001; Silva e Machado, 2008), solidificando a imposição cultural da heterossexualidade e contribuindo para esboçar o perfil social e genético de quem deve ser reproduzido. Num segundo momento, traça-se um panorama possível das principais modalidades de oferta de tecnologias de PMA em Portugal, reflectindo-se, em particular, sobre as implicações que a sua descontinuidade e tendencial privatização podem ter na (re)produção das desigualdades de acesso a estas tecnologias, assim como na ambivalência dos critérios usados para seleccionar os pacientes *adequados*.

Em termos empíricos, adopta-se uma perspectiva multidimensional, de tipo qualitativo e interpretativo, apoiada em dois tipos de fontes de informação: (i) o actual enquadramento legal da PMA existente em Portugal; e (ii) os discursos orais de juristas e médicos, obtidos através da realização de entrevistas semiestruturadas. No caso dos médicos, enviou-se uma carta de apresentação do projecto de investigação aos dezanove responsáveis clínicos de centros de medicina da reprodução existentes em Portugal em Outubro de 2005; dirigiram-se ainda treze cartas a juristas seleccionados por três especialistas em direito da saúde e direito da família em Portugal a partir da enumeração de todos os juristas que tinham publicações na área da PMA neste país. Realizaram-se nove entrevistas a médicos “especialistas” em medicina da reprodução entre os meses de Novembro de 2005 e Fevereiro de 2006; e nove entrevistas a juristas entre Janeiro e Março de 2007.² A representatividade sociológica dos casos analisados reside nas respectivas qualidades teórico-metodológicas e na sua exemplaridade (Hamel e outros, 1993: 30-44; Yin, 1994: 9-31; Guest e outros, 2006).

2 O desfazamento entre os momentos de realização das entrevistas prende-se com a gravidez da primeira autora, que começou a ser notória a partir de Março de 2006. As especificidades dos objectivos e do objecto de estudo foram determinantes na decisão de não realizar entrevistas a partir do momento em que a gravidez era visível para os entrevistados.

O diagnóstico médico, heterossexualidade e qualidade dos gâmetas

Em Portugal, as tecnologias de PMA são perspectivadas como métodos subsidiários de tratamento de doenças medicamente diagnosticadas e poderão ser usadas por casais heterossexuais casados e/ou estáveis, ou seja, com pelo menos dois anos de vivência *em condições análogas às dos cônjuges* (art. 4.º e art. 6.º da Lei n.º 32/2006), cujos mecanismos fisiológicos da reprodução não permitam obter a concepção de um ser humano saudável pelos “meios naturais”. A doação de óvulos e de sêmen, por exemplo, exige a confirmação da impossibilidade de obter uma gravidez através da utilização dos gâmetas do casal face aos conhecimentos médico-científicos *objectivamente* disponíveis e a garantia da qualidade dos gâmetas (art. 10.º, n.º 1; art. 19.º, n.º 1; art. 27.º; e art. 47.º da Lei n.º 32/2006). A avaliação da qualidade dos gâmetas parece não depender apenas de elementos de cariz biogenético (como a exclusão das mulheres e dos homens com doenças genéticas ou hereditárias), mas também de algumas características sociais, culturais e morais dos dadores (por exemplo, níveis de escolaridade elevados, uma profissão socialmente reconhecida, voluntariedade, altruísmo e estilos de vida saudáveis), o que promove uma distinção implícita entre quem deve ser reproduzido — os corpos “saudáveis” — e quem não deve ser reproduzido — os corpos “doentes” (Ettorre, 2000; Silva e Machado, 2009). Estas restrições no acesso às tecnologias de PMA podem equacionar dois dos direitos contemplados na *Carta dos Direitos Sexuais e Reprodutivos* da Federação Internacional de Planeamento da Família, nomeadamente: o direito à igualdade e o direito a estar livre de todas as formas de discriminação no âmbito da vida sexual e reprodutiva (art. 3.º); e o direito de escolher casar ou não e de constituir e planear família (art. 7.º) (Federação Internacional de Planeamento da Família, 2000).

Se as ciências sociais tendiam a perspectivar a ausência involuntária de filhos como um problema social nas décadas de 60 e 70 do século XX, esta foi sendo reconfigurada como um problema médico ao longo dos anos 80, reflectindo a crescente dominação do discurso biomédico em torno da infertilidade, num período em que aumentou o número de médicos especializados na área da reprodução humana e se expandiu a investigação científica e tecnológica no âmbito da PMA (Becker e Nachtigall, 1992). Os estudos sociais da medicina têm realçado a importância da análise sociológica do diagnóstico médico, uma vez que a construção social de uma determinada condição começa a partir do momento em que os profissionais médicos determinam a existência e legitimidade dessa mesma condição, atribuindo-lhe um nome e um significado (Brown, 1995; Silva e Machado, 2008). Um dos exemplos que ilustra a importância da construção discursiva do diagnóstico médico no âmbito da PMA em Portugal consiste no facto de esta promover a ideia de que o desenvolvimento científico e tecnológico neste domínio resulta sobretudo de uma resposta médica à infertilidade conjugal, eclipsando, por exemplo, as referências às suas mais recentes utilizações por razões genéticas ou outras.

A imposição institucional da norma da heterossexualidade é justificada pela esmagadora maioria dos médicos entrevistados com base numa evocação restritiva da definição médica de infertilidade enquanto uma doença que afecta casais heterossexuais, o que implica a ausência de reconhecimento implícito da infertilidade de

uma mulher ou de um homem solteiro como um problema passível de intervenção médica (Augusto, 2009). O discurso de um dos médicos entrevistados mostra como a classificação pretensamente objectiva da infertilidade como uma “questão de ordem médica” pode ser apropriada pelas instituições sociais com o objectivo de classificar e disciplinar os corpos das mulheres e de solidificar as definições de género, sexualidade e família legítima ao proceder a uma avaliação moral implícita negativa das mulheres sós que desejam ter um filho; ao pressupor que todas as mulheres-mães devem “gostar de homens” e “aturá-los”; e ao veicular a importância da presença do elemento masculino na constituição de uma família:

Uma senhora só, mais ou menos jovem, porque não gosta de homens ou porque não está para os aturar ou por qualquer outro motivo quer ter um filho só, não é, no plano objectivo, uma questão de ordem médica. Portanto, não é uma infertilidade. Daí perturba-me a ideia de o fazer [possibilitar o acesso de mulheres sós a técnicas de PMA], até porque me perturba a ideia de ajudar a nascer uma criança que, à partida, não tem pai. [Entrevista a médico]

Num contexto em que a concepção humana está subordinada à intervenção médica, a maioria dos médicos entrevistados entende que tem legitimidade para restringir alguns dos direitos do casal com o objectivo declarado de assegurar o direito da criança a ter um pai e uma mãe, o que parece assegurar a utilização responsável das tecnologias de PMA (Mitcham, 2006):

Eu acho que nós temos que fazer uma distinção clara entre o direito de um casal a ter um filho e os direitos da criança. E não podemos ser nós [médicos] a contribuir para gerar uma criança que vai ser órfã à partida. Não me parece que seja o melhor contexto para educar uma criança, sobretudo se somos nós a produzir, a contribuir para que isso aconteça. [Entrevista a médica]

Apenas uma médica admitiu que a imposição da heterossexualidade no acesso às tecnologias de PMA reflecte uma norma cultural que parece ir ao encontro dos valores e das expectativas da sociedade em que estas são aplicadas, reconhecendo a profunda imbricação entre sociedade e tecnologia:

Pessoalmente, por exemplo, não tenho nada contra a homossexualidade e não teria nada contra o facto de inseminar uma mulher homossexual ou qualquer coisa assim do género. Mas não o faço porque não é do consenso geral no país — não estamos na Holanda ou na Suécia; se estivéssemos, tudo bem, mas não estamos. [Entrevista a médica]

Os médicos entrevistados entendem ainda que as mulheres e os homens que acedem a tecnologias de PMA devem manifestar uma estabilidade conjugal, muitas vezes eleita como o elemento que simbolicamente atesta a respectiva “capacidade” para serem mães e pais e que pode ser reconfigurado como um instrumento que garante os direitos e os interesses da criança que vier a nascer. O seguinte extracto de

entrevista a uma médica ilustra ainda outros processos. Por um lado, a construção dos casais e das crianças como os pacientes da PMA (e não as mulheres e os homens). Ao reflectir sobre a emergência de um novo tipo de paciente *hermafrodita* no âmbito da PMA — o “casal” —, Irma van der Ploeg (1995) mostra como esta entidade híbrida produzida através das práticas tecnológicas é perspectivada como um ponto de partida não problemático a partir do qual se sucedem as intervenções médicas e técnicas sobre os corpos das mulheres, as quais são reconceptualizadas como intervenções que recaem sobre os “casais” e não sobre as mulheres. Por outro lado, este extracto salienta a importância do envolvimento de personagens extra-médicas na avaliação das eventuais competências para a parentalidade dos casais que pretendem conceber por intermédio destas tecnologias, sobretudo nos hospitais públicos portugueses, a qual é justificada pelo facto de os médicos pretendem assegurar acima de tudo os direitos das crianças:

Os nossos casais são sempre avaliados pela psicóloga. Se nós acharmos que eles não têm condições para serem pais, nós não fazemos técnicas, estão excluídos. Nós acabamos por ter dois pacientes: temos o casal e temos a criança que ainda não nasceu; e sentimo-nos responsáveis pelas condições que vamos dar a essa criança quando ela nascer. [Entrevista a médica]

Os argumentos que legitimam os poderes dos médicos e dos juristas nos processos de definição dos critérios de acesso às tecnologias de PMA em Portugal entroncam, em termos globais, numa proposta autorizada de articulação entre um conjunto de direitos considerados fundamentais e a consequente ponderação relativa da respectiva valorização simbólica e social (Silva e Veloso, 2009). Esta proposta associa o direito a procriar com o direito a constituir família, disseminando a ideia de que família e procriação são conceitos afins. Mas a consagração destes direitos subordina-se a outros valores fundamentais, nomeadamente: a maternidade e paternidade conscientes e o direito das crianças ao seu desenvolvimento integral (Duarte, 2003: 37 e 80); e, sobretudo, os interesses das crianças, pretensamente salvaguardados pelo direito à vida, pelo direito a conhecer a história pessoal, genética e biológica (Barbas, 1998), pelo direito a não herdar defeitos genéticos detectados e elimináveis cientificamente (Ascensão, 2003: 37) e pelo direito ao seu desenvolvimento integral, o que passará pela garantia de biparentalidade (Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução, 2003; Assembleia da República, 2005a: 2643-2648). No decurso de um debate parlamentar, a deputada Maria de Belém Roseira (Partido Socialista) acrescentou ainda um outro argumento para justificar a consagração da norma da heterossexualidade conjugal como uma das principais restrições do acesso a tecnologias de PMA — a necessidade de o Estado fazer opções no âmbito dos investimentos no Serviço Nacional de Saúde, sobretudo quando está em causa uma tecnologia que “tem sucesso insuficiente ou baixo” e “é extraordinariamente cara” e onde a oferta pública de centros de PMA não satisfaz as necessidades da procura em tempo útil (Assembleia da República, 2005b: 5757). Neste contexto, a orientação sexual esboça-se como um critério preferencial na hierarquização dos potenciais beneficiários destas tecnologias (Donovan, 2008).

De acordo com o jurista Jorge Duarte Pinheiro (2005: 766), a tendencial biparentalidade que anima o direito da filiação em Portugal insere-se na lógica do interesse superior da criança, o qual, na perspectiva do legislador, exige que a criança tenha, em termos ideais, um pai e uma mãe. A ideologia de maternidade subjacente não só reforça a crença de que as melhores mães vivem numa união heterossexual estável, como também exclui as mulheres solteiras e as mulheres lésbicas do acesso à maternidade no interesse da criança (Stanworth, 1987: 15). Um dos juristas entrevistados entende que a maternidade autónoma indicia um “certo egoísmo” por parte da mulher e que a ausência de um elemento masculino na família pode constituir um “problema”, espelhando a tendencial antipatia jurídico-legal pela monoparentalidade (Machado, 2007):

Parece-me que no caso das mães solteiras haverá um certo egoísmo por parte da mãe. Não é das mães solteiras, é das mães solteiras com um dador anónimo. [...] Portanto, o ónus da argumentação está em quem quer mudar a lei e vejo isso como muito difícil de superar. Por parte de um casal de lésbicas, temos o mesmo problema, porque não há a figura paterna. [Entrevista a um jurista]

O extracto de entrevista acima transcrito espelha a importância atribuída à figura paterna, que caracteriza a generalidade dos enquadramentos jurídico-legais sobre tecnologias reprodutivas, a qual está sobretudo associada à protecção simbólica da ideia do pai como um elemento fundamental que completa a família nuclear, mais do que às considerações práticas que visam assegurar o sustento financeiro da criança ou os cuidados a prestar à mesma (Sheldon, 2005). Esta visão é aliás reafirmada pelo direito português, ao possibilitar que uma mulher só tenha acesso a tecnologias de PMA desde que haja embriões *in vitro* criopreservados como resultado de um projecto parental partilhado entre esta mulher e o marido e/ou companheiro falecido e este o tenha consentido (art. 22.º da Lei n.º 32/2006). A legitimação jurídico-política desta excepção ao princípio da biparentalidade tende a ser referenciada a um contexto onde prevalece a retórica da protecção e dignificação do embrião humano (Pinheiro, 2005: 780), a qual parece ser assegurada pelo enquadramento jurídico-legal ao privilegiar os destinos que envolvem um projecto parental, neste caso simbolicamente representado pelo consentimento do elemento masculino falecido, que emerge como o garante da “boa” reputação da mulher-viúva que desempenhou o seu papel convencional de esposa fiel e pretende dar continuidade à sua pretensão de ser mãe (Lees, 1997).

A jurista Vera Lúcia Raposo alerta para as fragilidades dos argumentos jurídicos normalmente usados para justificar a restrição do acesso a tecnologias de PMA a casais heterossexuais, atendendo, entre outros aspectos, à fragmentação das famílias actuais, a qual parece residir fundamentalmente na fragmentação da paternidade (Sheldon, 2005); no entanto, esta jurista não deixa de concluir que as crianças necessitam de estar rodeadas “de modelos masculinos e femininos” (Raposo, 2007: 49), revelando implicitamente a ideia de complementaridade dos géneros e uma visão essencialista da estruturação da personalidade e da educação de uma criança face ao binómio masculino-feminino (Amâncio, 2003), o que enuncia a

centralidade da oposição homem/mulher no sistema jurídico português (Machado, 2007; Silva e Veloso, 2009). A idealização normativa da heterossexualidade revela assim uma ordem social assente na diferença e na complementaridade entre mulheres e homens, cujos fundamentos parecem encontrar-se na “natureza” (Hird, 2004: 26-28).

A oferta de tecnologias de PMA em Portugal: descontinuidades, privatização e incertezas

Se em 1999 existiam em Portugal treze centros que aplicavam técnicas de PMA (European Society of Human Reproduction and Embryology, 2002: 3261), dez anos depois (em 2009) este número mais do que duplicou, cifrando-se em trinta e um. Este esforço de ampliação da oferta de recursos e cuidados de saúde resultou sobretudo do investimento do sector privado, em detrimento da expansão de infra-estruturas, instalações e equipamentos de cariz público. De acordo com os dados disponibilizados pela Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução e pela Associação Portuguesa de Fertilidade, a maioria dos centros que disponibilizavam tecnologias de PMA em Portugal no final de 2009 eram privados (dez unidades públicas e vinte e uma unidades privadas) e concentravam-se nos maiores centros urbanos do país (doze em Lisboa, seis no Porto e cinco em Coimbra) (quadro 1). O coordenador da Comissão Nacional de Saúde Materna e Neonatal Jorge Branco anunciou em Outubro de 2008 a criação de mais quatro unidades públicas que aplicarão tecnologias de PMA a partir de 2009 no Hospital da Covilhã, no Centro Hospitalar de Coimbra, no Hospital Garcia de Orta, em Almada, e no Hospital de Faro. Este esperado investimento público é acompanhado pelo investimento privado. Os Hospitais Privados de Portugal e o grupo Espírito Santo Saúde anunciaram em Maio de 2008 a intenção de abrir três ou quatro unidades de PMA até final de 2008, uma delas no Porto e as restantes em Lisboa.

A distribuição geográfica assimétrica dos estabelecimentos, equipamentos e recursos humanos especializados no âmbito da PMA em Portugal penaliza as populações que residem em zonas distantes dos locais onde se situam as unidades de medicina da reprodução, quer em termos económicos, quer em termos de distância/tempo (Remoaldo e Machado, 2008: 126). Os estudos desenvolvidos no que concerne às desigualdades no sistema de saúde português têm provado que a procura e utilização de cuidados de saúde decrescem à medida que aumenta a distância/tempo entre o local de residência dos cidadãos e a localização dos estabelecimentos, equipamentos e recursos humanos de saúde (Cabral, 2002; Santana, 2005). A percepção desta distância/tempo pode agravar-se em domínios que implicam tratamentos prolongados, cansativos, dolorosos e caros, como é o caso da PMA, o que contribui para reforçar a tese do local de residência como um obstáculo efectivo no acesso a estas tecnologias, que se agudiza em Portugal pela concentração da oferta de unidades de PMA em Lisboa, Porto e Coimbra. Logo, se a rede de transportes públicos não for suficientemente completa e regular pode comprometer a ligação entre o local de residência e o de consultas e tratamentos, limitando a

Quadro 1 Número, tipo e localização das unidades que aplicam tecnologias de PMA em Portugal

Localização	Unidades públicas	Unidades privadas	Total
Braga		1	1
Guimarães	1		1
Porto	3	3	6
Vila Nova de Gaia	1		1
Espinho		1	1
Viseu	1		1
Coimbra	2	2	4
Cascais		1	1
Lisboa	2	9	11
Ponta Delgada		1	1
Total	10	18	28

Fonte: *Sites da Associação Portuguesa de Fertilidade* (<http://www.apfertilidade.org/>) e da *Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução* (<http://www.spmr.pt/>) (consultados na Internet, último acesso em 18 de Janeiro de 2010).

procura por parte de casais com um estatuto socioeconómico mais baixo e sem via-tura própria.

Os constrangimentos dos espaços e dos lugares de implementação destas tecnologias dificultam ainda o acesso a técnicas de PMA por parte de cidadãos com determinadas doenças infecto-contagiosas, devido à inexistência de meios materiais e de laboratórios adequados, e parecem exigir a restrição do número de tratamentos que cada casal pode realizar, sobretudo nos serviços públicos de saúde, agravada pela existência de listas de espera. No entanto, os contornos que definem a admissibilidade destes critérios variam em função da unidade de medicina da reprodução em causa, sendo que a distinção entre o carácter público ou privado da mesma se afigura como um dos factores determinantes nesse processo (Augusto, 2009).

A não capacidade de resposta dos serviços de saúde face à procura de tecnologias de PMA também é usada como um argumento para justificar a imposição médica de limites apenas à idade máxima da mulher que pode aceder a estas tecnologias, aspecto que não é objecto de regulação na actual lei portuguesa. De acordo com os médicos entrevistados, tais limites oscilam entre os 38 e os 40 anos nos serviços de saúde públicos e entre os 42 e os 45 anos nas unidades de medicina da reprodução privadas. Um dos médicos entrevistados reconhece que na prática clínica quotidiana se procura conjugar uma heterogeneidade de argumentos técnicos, médicos, económicos, biológicos, éticos, sociais e organizacionais para determinar os limites aceitáveis da idade em que uma mulher pode e deve ser mãe (por exemplo, a diminuição das taxas de êxito, a capacidade de resposta dos serviços de saúde, as práticas transnacionais dominantes, os constrangimentos económicos e/ou a ética e deontologia médicas):

As instituições oficiais [...] têm uma procura que excede de tal forma a sua capacidade de resposta, que utilizam os 38 anos do cônjuge feminino como limite para fazer as

técnicas. Não tem nada de pessoal, os 39 anos podem ser biologicamente, enfim, jovens, mas este é um número que advém de experiência internacional [...]. Isto porque se as taxas de êxito até essa idade andam aí à volta dos trinta, trinta e qualquer coisa por cento, a partir daí começam a descer de forma abrupta e, portanto, não parece fazer lógica, até de justiça social, que estejamos a gastar custos com pessoas que têm, infelizmente, uma probabilidade muito baixa de resolver o assunto e a deixar, enfim, seria perder probabilidades nas que estão em lista de espera. [...] Se estamos em regime privado [...] eu aí não ultrapasso os 42 anos, porque acho que a partir daí mesmo a chama da esperança já me parece utópica e não me parece ético eu estar a colaborar nessa, enfim, ilusão. [Entrevista a médico]

No extracto de entrevista acima apresentado é-se confrontado, por um lado, com a possibilidade de recentramento da intervenção médica e técnica nas mulheres mais jovens, sob a pretensão de uma maior garantia de sucesso das tecnologias de PMA e, por outro lado, com o reforço da imagem do insucesso das mesmas como directamente dependente da idade da mulher. Este discurso em torno da idade da mulher permite ilustrar a recente ênfase colocada no uso de critérios biológicos na governação da paciente *adequada* para as tecnologias de PMA, uma vez que a idade da mulher é subtilmente perspectivada como uma medida de resposta biológica capaz de prever o sucesso destas tecnologias. Como mostra Charis Thompson (2005: 89-91), a estandardização e democratização parcial dos procedimentos técnicos e médicos neste domínio a partir de finais da década de 1990 contribuiu para o estabelecimento de uma hierarquia de pacientes sobretudo baseada em critérios biológicos e menos em critérios socioeconómicos, como sejam a exigência de um diagnóstico médico, a idade da mulher e a selecção dos pacientes com maior probabilidade de sucesso, a qual se tornou possível a partir do desenvolvimento da investigação médica com o objectivo de isolar os factores preditivos do sucesso das tecnologias de PMA.

Conclusão

Com base numa investigação de carácter qualitativo e interpretativo, conclui-se que as principais modalidades de acesso às tecnologias de PMA em Portugal são mediadas pelo poder social do direito e da tecnomedicina e pelas imagens dominantes acerca dos corpos, dos lugares e dos papéis das mulheres e dos homens na sociedade. A admissibilidade legal do acesso às tecnologias de PMA depende genericamente da existência de um casal heterossexual estável com um diagnóstico médico; no caso da doação de gâmetas, exige-se ainda a garantia da qualidade destes e a certificação da impossibilidade de obter uma gravidez através do recurso aos gâmetas dos respectivos beneficiários. O direito (re)produz uma ideologia de patriarcado, ao reafirmar através da biparentalidade a complementaridade “natural” dos géneros e uma visão da estruturação da educação de uma criança a partir do binómio feminino/masculino; e ao realçar a importância simbólica da figura masculina e paterna como um elemento fundamental que completa a família nuclear. Os médicos especialistas em medicina da

reprodução afiguram-se como *gatekeepers* secundários neste processo, uma vez que detêm o conhecimento técnico e científico que permite estabelecer um diagnóstico médico e propor uma metodologia de intervenção, cujos testes e procedimentos recaem quase exclusivamente na mulher; e que permite hierarquizar a qualidade dos gametas e definir os critérios que parecem garantir uma maior probabilidade de sucesso dos usos das tecnologias de PMA.

Apesar de a estruturação das dinâmicas familiares ter sofrido diversas metamorfoses ao longo dos últimos trinta anos em Portugal, o recurso ao casamento, enquanto instituição reconhecida e legitimada que enquadra a conjugalidade, marca uma presença estável e significativa nas representações dos portugueses neste domínio (Almeida, 2003; Wall, 2005; Donati, 2007). O laço legal e social construído pelo casamento ainda representa um ritual na sociedade portuguesa que marca a transição estatutária para a condição de adulto (Lalanda, 2005: 389) e é usado como um instrumento que simboliza a união biológica entre os membros do casal e as respectivas redes de parentesco (Smart, 1987). O reforço da idealização de um modelo de família com dois progenitores heterossexuais e uma ou duas crianças saudáveis que estão biologicamente relacionadas com pelo menos um deles dificulta o estabelecimento de uma família para certas categorias de pessoas, como as mulheres e os homens classificados como inférteis e/ou catalogados como socialmente “indesejáveis”, o que se perspectiva como discriminatório e inconsistente.

Num contexto em que os tratamentos associados às tecnologias de PMA são excluídos das situações cobertas por seguros privados de saúde e em que a maioria da oferta dos mesmos acontece em unidades localizadas nas imediações dos grandes centros urbanos e pela medicina privada, predominantemente orientada para o lucro e para a rentabilização do tipo custo-efectividade dos recursos existentes, praticando preços inacessíveis para muitos portugueses, e em que a probabilidade de nascer uma criança é relativamente baixa, as actuais medidas políticas de apoio à PMA podem não contribuir para atenuar as desigualdades socioeconómicas e geográficas no acesso a estas tecnologias, dificultando a concretização de um dos objectivos da Organização Mundial de Saúde para este milénio — a acessibilidade como o principal desafio a enfrentar por quem está envolvido em tecnologias de PMA (Vayena e outros, 2002). Defende-se aqui a necessidade de conceber formas de intervenção solidária que perspectivem a saúde como um direito humano fundamental que não pode ser comercializado (Nunes, 2006), o que, no caso da PMA em Portugal, significa sobretudo garantir uma maior equidade no acesso a estas tecnologias, promover a resistência à sua privatização e assegurar a qualidade e eficiência na prestação de cuidados de saúde públicos e privados.

Referências bibliográficas

- Almeida, Ana Nunes de (2003), “Família, conjugalidade e procriação: valores e papéis”, em Jorge Vala e outros (orgs.), *Valores Sociais. Mudanças e Contrastes em Portugal e na Europa*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp. 47-93.

- Amâncio, Lúcia (2003), "O género no discurso das ciências sociais", *Análise Social*, XXXVIII (168), pp. 687-714.
- Ascensão, José de Oliveira (2003), "Intervenções no genoma humano: validade ético-jurídica", *Revista da Ordem dos Advogados*, 63, pp. 25-49.
- Assembleia da República (2005a), "Discussão conjunta, na generalidade, dos Projectos de Lei n.ºs 141/X, 151/X, 172/X e 176/X", *Diário da Assembleia da República*, I (58), 22 de Outubro, pp. 2641-2659.
- Assembleia da República (2005b), "Declaração política de Ana Drago e resposta a pedidos de esclarecimento de Maria de Belém Roseira", *Diário da Assembleia da República*, I (125), 19 de Maio, pp. 5755-5758.
- Augusto, Amélia (2009), "A regulação da reprodução medicamente assistida em Portugal: agentes, contextos e processos", em Susana Silva e Luísa Veloso (coords.), *Representações Jurídicas das Tecnologias Reprodutivas. Contributos para Uma Reflexão*, Porto, U. Porto Editorial, pp. 45-59.
- Barbas, Stela Neves (1998), *Direito ao Património Genético*, Coimbra, Almedina.
- Becker, Gay, e Robert D. Nachtigall (1992), "Eager for medicalisation: the social production of infertility as a disease", *Sociology of Health & Illness*, 14 (4), pp. 456-471.
- Becker, Saul, e Alan Bryman (orgs.) (2004), *Understanding Research for Social Policy and Practice. Themes, Methods and Approaches*, Bristol, Policy Press.
- Brown, Phil (1995), "Naming and framing: the social construction of diagnosis and illness", *Journal of Health and Social Behavior*, 35 (número especial), pp. 34-52.
- Cabral, Manuel Villaverde (org.) (2002), *Saúde e Doença em Portugal*, Lisboa, Imprensa de Ciência Sociais.
- Campos, António Correia de (2008), *Reformas da Saúde. O Fio Condutor*, Coimbra, Almedina.
- Carapinheiro, Graça (2006), "A saúde enquanto matéria política", em Graça Carapinheiro (org.), *Sociologia da Saúde. Estudos e Perspectivas*, Coimbra, Pé de Página Editores, pp. 137-164.
- Carneiro, Ivete, e José António Domingues (2007), "Se não há recursos para todos começamos por quem precisa", *Jornal de Notícias*, 16 de Novembro de 2007, disponível em http://jn.sapo.pt/paginainicial/interior.aspx?content_id=948587, último acesso em 22/7/2009.
- Conselho de Ministros (2007), *Comunicado do Conselho de Ministros de 29 de Novembro de 2007*, disponível em <http://www.portugal.gov.pt/pt/GC17/Governo/ConselhoMinistros/ComunicadosCM/Pages/20071129.aspx>, último acesso em 22/7/2009.
- Despacho n.º 10910/2009, *Diário da República*, 2.ª série, n.º 83, 29 de Abril, pp. 17165-17166.
- Donati, Pierpaolo (2007), "Velhas e novas políticas familiares: a perspectiva da sociologia relacional", *Sociologia, Problemas e Práticas*, 54, pp. 127-159.
- Donovan, Catherine (2008), "'It's not really seen as an issue, you know, lesbian infertility it's kind of 'what's that?': Lesbians' unsuccessful experiences of medicalised donor insemination", *Medical Sociology Online*, 3 (1), pp. 15-24.
- Duarte, Tiago (2003), *In Vitro Veritas? A Procriação Medicamente Assistida na Constituição e na Lei*, Coimbra, Almedina.
- Ettorre, Elizabeth (2000), "Reproductive genetics, gender and the body: 'Please Doctor, may I have a normal baby?'"', *Sociology*, 34 (3), pp. 403-420.

- European Society of Human Reproduction and Embryology (2002), "Assisted reproductive technology in Europe, 1999: results generated from European registers by ESHRE", *Human Reproduction*, 17 (12), pp. 3260-3274.
- Federação Internacional de Planeamento da Família (2000), *Carta da IPPF dos Direitos Sexuais e Reprodutivos*, Lisboa, Comissão para a Igualdade e para os Direitos das Mulheres.
- Garcia, José Luís (2006), "Biotecnologia e biocapitalismo global", *Análise Social*, XLI (181), pp. 981-1009.
- Guest, Greg, e outros (2006), "How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability", *Field Methods*, 18 (1), pp. 59-82.
- Hamel, Jacques, e outros (1993), *Case Study Methods*, Londres, Sage Publications.
- Hird, Myra (2004), *Sex, Gender and Science*, Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Infante, Ascensión Cambrón (1993), "Entre o poder e a razão: novas técnicas reprodutivas e decisões éticas e jurídicas", em Maria Eduarda Gonçalves (org.), *Comunidade Científica e Poder*, Lisboa, Edições 70, pp. 99-110.
- Lalanda, Piedade (2005), "Transições familiares e identidade das mulheres", em K. Wall (org.), *Famílias em Portugal. Percursos, Interações, Redes Sociais*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp. 363-391.
- Latour, Bruno (1987), *Science in Action*, Milton Keynes, Open University Press.
- Lees, Susan (1997), *Ruling Passions. Sexual Violence, Reputation and the Law*, Buckingham, Open University Press.
- Lei n.º 32/2006, "Regula a utilização de técnicas de procriação medicamente assistida", *Diário da República*, I (143), 26 de Julho, pp. 5245-5250.
- Machado, Helena (2007), *Moralizar para Identificar. Cenários da Investigação Judicial da Paternidade*, Porto, Edições Afrontamento.
- Machado, Helena, e Susana Silva (2008), "Confiança, voluntariedade e supressão dos riscos: expectativas, incertezas e governação das aplicações forenses de informação genética", em Catarina Fróis (org.), *A Sociedade Vigilante. Ensaios sobre a Identificação, Vigilância e Privacidade*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais, pp. 151-174.
- Mitcham, Carl (2006), "Os desafios colocados pela tecnologia à responsabilidade ética", *Análise Social*, XLI (181), pp. 1127-1141.
- Nunes, João Arriscado (2006), "A pesquisa em saúde nas ciências sociais e humanas: tendências contemporâneas", *Oficina do CES*, 253.
- Oliveira, Isabel Tiago de (2007), "A transição da fecundidade e o sistema de respostas múltiplas em Portugal", *Análise Social*, XLII (183), pp. 471-484.
- Oliveira, Isabel Tiago de (2008), "Fecundidade das populações e das gerações em Portugal, 1960-2005", *Análise Social*, XLIII (186), pp. 29-53.
- Pinheiro, Jorge Duarte (2005), "Procriação medicamente assistida", em Jorge Miranda e outros (orgs.), *Estudos em Memória do Professor Doutor António Marques dos Santos*, Coimbra, Almedina, pp. 753-785.
- Ploeg, Irma van der (1995), "Hermaphrodite patients: in vitro fertilization and the transformation of male infertility", *Science, Technology & Human Values*, 20 (4), pp. 460-481.
- Ploeg, Irma van der (2001), *Prosthetic Bodies. The Construction of the Fetus and the Couple as Patients in Reproductive Technologies*, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers.

- Raposo, Vera Lúcia (2007), "Em nome do pai (... da mãe, dos dois pais, e das duas mães)", *Lex Medicinæ*, 4 (7), pp. 37-51.
- Remoaldo, Paula e Helena Machado (2008), *O Sofrimento Oculto. Causas, Cenários e Vivências da Infertilidade*, Porto, Edições Afrontamento.
- Santana, Paula (2005), *Geografias da Saúde e do Desenvolvimento. Evolução e Tendências em Portugal*, Coimbra, Almedina.
- Sheldon, Sally (2005), "Fragmenting fatherhood: the regulation of reproductive technologies", *The Modern Law Review*, 68 (4), pp. 523-553.
- Silva, Susana, e Helena Machado (2008), "The diagnosis of infertility: patients' classification processes and feelings", *Medical Sociology Online*, 3 (1), pp. 4-14.
- Silva, Susana, e Helena Machado (2009), "Trust, morality and altruism in the donation of biological material: the case of Portugal", *New Genetics and Society*, 28 (2), pp. 103-118.
- Silva, Susana, e Luísa Veloso (coords.) (2009), *Representações Jurídicas das Tecnologias Reprodutivas. Contributos para uma Reflexão*, Porto, U. Porto Editorial.
- Smart, Carol (1987), "There is of course the distinction dictated by nature: law and the problem of paternity", em Michelle Stanworth (org.), *Reproductive Technologies. Gender, Motherhood and Medicine*, Oxford, Polity Press, pp. 98-117.
- Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução (2003), *Contributo para Legislação sobre Reprodução Medicamente Assistida*, disponível em http://www.spmr.pt/documentos/lei_rma.pdf, último acesso em 23/12/2008.
- Stanworth, Michelle (org.) (1987), *Reproductive Technologies. Gender, Motherhood and Medicine*, Oxford, Polity Press.
- Thompson, Charis (2005), *Making Parents. The Ontological Choreography of Reproductive Technologies*, Cambridge, The MIT Press.
- Ussher, Jane (org.) (1997), *Body Talk. The Material and Discursive Regulation of Sexuality, Madness and Reproduction*, Londres e Nova Iorque, Routledge.
- Vayena, Effy, e outros (orgs.) (2002), *Current Practices and Controversies in Assisted Reproduction*, Genebra, World Health Organization.
- Wall, Karin (org.) (2005), *Famílias em Portugal. Percursos, Interações, Redes Sociais*, Lisboa, Imprensa de Ciências Sociais.
- Yin, Robert K. (1994), *Case Study Research. Design and Methods*, Thousand Oaks, Sage Publications.

Susana Silva. Serviço de Higiene e Epidemiologia e Unidade de I&D Cardiovascular, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto; Instituto de Saúde Pública (ISPUP), Universidade do Porto. E-mail: susilva@med.up.pt

Helena Machado. Departamento de Sociologia, Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho. E-mail: hmachado@ics.uminho.pt

Resumo/ abstract/ résumé/ resumen

A governação dos pacientes adequados no acesso à procriação medicamente assistida em Portugal

Neste texto pretende-se problematizar os factores que delimitam a possibilidade de uma mulher e/ou de um homem recorrerem a tecnologias de procriação medicamente assistida em Portugal e reflectir sobre a possibilidade de esses elementos potenciarem a (re)produção de múltiplas desigualdades no acesso à saúde reprodutiva. Tal discussão tem como base empírica a análise da governação jurídico-política e médica dos pacientes *adequados* a partir de entrevistas a juristas e médicos. Conclui-se que as principais restrições no acesso a estas tecnologias estão associadas a uma construção hierárquica das prioridades políticas e sociais que reflecte as mundivindências ideológicas dominantes, nomeadamente nos seguintes aspectos: privatização e individualização da saúde reprodutiva; imposição cultural da heterossexualidade; e celebração da eficácia da tecnomedicina.

Palavras-chave procriação medicamente assistida, pacientes *adequados*, desigualdades de acesso, saúde reprodutiva.

The governance of appropriate patients in access to medically assisted procreation in Portugal

This text seeks to problematise the criteria that delimit a man and/or woman's ability to take advantage of medically assisted procreation in Portugal; it also seeks to reflect on the possibility that these elements boost the (re)production of inequalities in access to reproductive health. The empirical basis of this discussion is an analysis of the legal/political and medical governance of *appropriate* patients, based on interviews with jurists and medical doctors. It is concluded that the main restrictions on access to these technologies are associated with a hierarchical construction of the political and social priorities that reflects the dominant ideological expectations and social relations, in particular regarding the following aspects: the privatisation and individualisation of reproductive health; the cultural imposition of heterosexuality; and the expansion in the fame of the effectiveness of techno-medicine.

Key-words medically assisted procreation, *appropriate* patients, unequal access, reproductive health.

*La gouvernance des patients adéquats dans l'accès à la procréation
médicalement assistée au Portugal*

Ce texte aborde les facteurs qui déterminent la possibilité pour une femme et/ou un homme d'avoir recours aux technologies de procréation médicalement assistée au Portugal et il réfléchit au risque accru de (re)production de multiples inégalités qu'ils soulèvent dans l'accès à la santé procréatrice. Ce débat a pour base empirique l'analyse de la gouvernance juridico-politique et médicale des patients *adéquats* par le biais d'entretiens avec des juristes et des médecins. On en conclut que les principales restrictions dans l'accès à ces technologies sont associées à une construction hiérarchique des priorités politiques et sociales qui reflète les tendances idéologiques dominantes, en particulier dans les aspects suivants: privatisation et individualisation de la santé procréatrice; imposition culturelle de l'hétérosexualité; et médiatisation de l'efficacité de la technomédecine.

Mots-clé procréation médicalement assistée, patients *adéquats*, inégalités d'accès, santé reproductive.

*La gobernación de los pacientes adecuados en el acceso a la procreación
médicamente asistida en Portugal*

En este texto se pretende problematizar los factores que delimitan la posibilidad de que una mujer y/o un hombre recurran a tecnologías de procreación médicamente asistidas en Portugal y reflejar sobre la posibilidad de que esos elementos potencien la (re)producción de múltiples desigualdades en el acceso a la salud reproductiva. Tal discusión tiene como base empírica el análisis de la gobernación jurídico-política y médica de los pacientes *adecuados* a partir de entrevistas a juristas y médicos. Se concluye que las principales restricciones en el acceso a estas tecnologías están asociadas a una construcción jerárquica de las prioridades políticas y sociales que refleja las cosmovisiones ideológicas dominantes, denominadas en los siguientes aspectos: privatización e individualización de la salud reproductiva; imposición cultural de la heterosexualidad; y celebración de la eficacia de la tecnomedicina.

Palabras-llave procreación médicamente asistida, pacientes *adecuados*, desigualdades de acceso, salud reproductiva.